

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2018

Volume 11 | Nº1



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

Glauce de Souza Mendonça

Enfermeira. Especialista em Enfermagem do Trabalho-UCL

Veber de Andrade Cordeiro Júnior

Enfermeiro. Especialista em Enfermagem do Trabalho-UCL

Sandro Lucas da Silva

Enfermeiro. Mestre em Educação - UNESA. Docente das Faculdades São José.

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira. Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora da Graduação em Enfermagem e Docente das Faculdades São José

Ronaldo Barbosa Marins

Enfermeiro. Especialista - UCL. Docente das Faculdades São José.

RESUMO

Os trabalhadores constituem uma das frações mais importantes da sociedade e a proteção à sua saúde é elemento indispensável para o desenvolvimento social e econômico dos países. A saúde ocupacional pode ser compreendida como um conjunto de práticas teóricas interdisciplinares - técnicas, sociais, humanas - e interinstitucionais, tendo por finalidade o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores, bem como à prevenção da saúde destes pelas condições de seu trabalho e contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde. O objetivo deste artigo realizado através de uma revisão de literatura, é relatar a evolução histórica da saúde ocupacional, desde os primórdios do seu surgimento aos dias atuais.

Palavras-Chave: Saúde; Trabalhador; Saúde Ocupacional.

ABSTRACT

The workers constitute one of the fractions most important of the society and the protection to its health is indispensable element for the social and economic development of the countries. The occupational health can be understood as a set of practical theoreticians interdisciplinary - techniques, social, human beings - and inter institutional, having for purpose physical, mental and social well-being of the workers, as well as a prevention of the health of these for the conditions of its work and against the resultant risks of the presence of harmful agents to its health. The objective of this article, carried through through a literature revision, is to tell the historical evolution of the occupational health, since the beginning of its sprouting to the current days.

Key-words: Health; Worker; Occupational health.

INTRODUÇÃO

A atividade profissional desempenha um papel significativo na constituição do sujeito, influenciando sua relação com a sociedade, na construção de sua identidade e subjetividade. O trabalho pode ser considerado fonte de realização, prazer e saúde, bem como de doença, sofrimento e dor na vida do indivíduo, isto porque, as condições do ambiente físico, da organização e da qualidade das relações sociais de trabalho interferem sobremaneira na saúde física, psicológica e social do trabalhador.

A saúde ocupacional é uma estratégia importante não somente para garantir a saúde dos trabalhadores, mas também para contribuir positivamente para a produtividade, qualidade dos produtos, motivação e satisfação do trabalho e, portanto, para a melhoria geral na qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade.

Historicamente, a saúde ocupacional surgiu com a Revolução Industrial como fruto dos movimentos trabalhistas ingleses, resultando em 1802, na primeira lei de proteção aos trabalhadores, a “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, e posteriormente, em 1833, com a “Lei das Fábricas”, sendo criado o “Inspetoriado de Fábricas”, órgão governamental que entrava nas fábricas para verificar a saúde do trabalhador no que se refere a proteção contra os agravos do trabalho. A partir de então, dá-se início a preocupação com a saúde ocupacional, cujos objetivos foram definidos pela Comissão Mista da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1957, buscando tratar o trabalhador em seu ambiente de trabalho e englobando três áreas: médica, higiene e segurança.

Este artigo tem por objetivo relatar a evolução histórica da saúde ocupacional desde os primórdios do seu surgimento até os dias atuais, buscando respostas aos seguintes questionamentos: como e por que evoluiu a medicina do trabalho para a saúde ocupacional? Em que contexto surge a saúde do trabalhador?

O estudo encontra sua relevância no fato de que os aspectos relativos à segurança e saúde ocupacional há muito tempo são alvos de preocupação da sociedade, desde os trabalhadores em geral, que perde total ou parcialmente a saúde e, em muitos casos, a própria vida, passando pelo Estado, por conta dos elevados gastos em tratamentos de recuperação e assistência e pelas organizações que perdem recursos produtivos e resultados econômico-financeiros.

O estudo constituiu-se de revisão da literatura. A metodologia adotada foi a pesquisa bibliográfica de caráter descritivo. Foram utilizados como fontes de consultas, teses, dissertações, artigos e publicações eletrônicas sobre o assunto analisado disponíveis nas seguintes bases de dados: acervo da biblioteca da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz – <http://www.bvssp.cict.fiocruz.br>); Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, (<http://www.saudepublica.bvs.br>); Portal da Scielo Brasil (<http://www.scielo.br>), Biblioteca Virtual em Saúde (<http://www.bireme.br>). Utilizou-se como descritores: “saúde ocupacional”, trabalhador, “saúde do trabalhador”, expressões que foram utilizadas separadamente e em conjunto com os termos “aspectos históricos”, “surgimento” e “história”.

O Processo Evolutivo do Modo de Produção e seus Impactos na Saúde do Trabalhador

A evolução e mudanças do modo de produção e dos tipos de organização sempre estiveram atrelados ao desenvolvimento e as exigências de modificações nas formas do trabalho, mas a partir de 1780 com o início do período da Revolução Industrial, uma forma mais organizada do trabalho surgiu em decorrência da ruptura das estruturas corporativistas da Idade Média, com o desenvolvimento técnico, aperfeiçoamento das máquinas, descoberta de novas tecnologias e a substituição do tipo artesanal de produção por um tipo industrial, e como consequência das transformações ocorridas aconteceu um desenvolvimento acelerado da industrialização e do trabalho assalariado.

Devido a estas transformações ocorridas na sociedade econômica, no trabalho de subsistência ao trabalho assalariado e das pressões exercidas sobre os patrões no final do século XVIII e início do XIX em relação às condições de trabalho e as formas de organização do trabalho, novas propostas de organização do trabalho surgiram e foram se adaptando ao longo do tempo de acordo com as mudanças socioeconômicas, evoluindo do trabalho artesanal para o trabalho industrial, passando inicialmente por modelos como o taylorismo, fordismo, toyotismo.

Fleury (1997), classifica os modelos de organização do trabalho em dois grandes grupos: o primeiro denominado Modelo Clássico, este representado pela administração científica, surgido em decorrência de um período conflituoso da sociedade norte-americana, especialmente em se tratando das relações de trabalho e que segundo o autor permitiu uma desorganização total das relações de forças, provendo o patronato de um esquema extremamente autoritário. E no segundo grupo encontram-se os Novos Modelos de Organização do Trabalho que rompem basicamente com os princípios e técnicas tayloristas.

A Teoria da Administração Científica surgiu no final do século XIX com Frederic W. Taylor, em decorrência do desenvolvimento industrial e a partir da visão dos administradores da necessidade de intensificar e melhorar a produção. Taylor procurou racionalizar o trabalho, buscando a melhoria da execução e sua intensificação através da automatização, defendendo o princípio do planejamento, que tinha como objetivo substituir o critério individual, a improvisação e a atuação empírico-prática pelos métodos baseados em procedimentos científicos. O princípio do preparo consistia em selecionar cientificamente os trabalhadores, prepará-los e treiná-los para produzirem melhor, enquanto o princípio do controle tinha por objetivo controlar o trabalho para se certificar de que o mesmo está sendo executado de acordo com as normas estabelecidas e segundo o plano previsto e o princípio da execução tinha como finalidade distribuir as atribuições e as responsabilidades para que a execução do trabalho seja mais bem disciplinada.

A teoria de Taylor tem como objetivo o aumento da eficiência, através da eliminação de todo desperdício do esforço humano, adaptação dos trabalhadores à própria tarefa, treinamento para que respondam às exigências de seus respectivos trabalhos, melhor especialização de atividades e estabelecimento de normas bem detalhadas de atuação no trabalho, isto é, predominava a atenção para o método de trabalho, para os movimentos necessários à execução de uma tarefa e para o tempo padrão determinado de sua execução, que constituem a chamada Organização Racional do Trabalho, ou seja, uma visão extremamente mecanicista e microscópica do homem (CHIAVENATO, 2003).

O modelo proposto por Taylor, não se limita à concepção do modo operatório, mas à sua operacionalização. Desta forma, instituiu um sistema de vigilância dos movimentos empregados pelo trabalhador, aumentando a especialização e rigidez do trabalho. O trabalho "taylorizado" produz a divisão e individualização dos trabalhadores, dificultando espaços de união e organização.

O taylorismo representou para os trabalhadores, uma intensificação de tarefas pautadas na repetição, desprovidas de criatividade e invenção. Assim sendo, o processo de trabalho não depende da capacidade e da especialidade do trabalhador, mas da organização racional dos meios de produção disponíveis, situação que reduz o trabalho à parte integrante do capital. Nesta perspectiva não se levava em conta a fadiga, a monotonia, o estresse dos trabalhadores submetidos a extensas jornadas de trabalho, apontados por Faria (1992), como algumas das consequências imediatas desse modelo de produção.

Se no taylorismo havia o homem certo para o lugar certo, ou seja, um lugar para os que pensam e outro para os que executam, pode-se dizer que esta ideia perdura também no fordismo, um novo método de produzir mercadorias posto em prática por Henry Ford no início do século XX em uma fábrica de automóveis de sua propriedade. Sua intenção é racionalizar as várias operações que a montagem de um carro exige a fim de agilizar a produção, reduzir os custos e consequentemente aumentar as vendas (GOUNET, 1999).

O fordismo significou o aprofundamento da racionalização produtiva, proposta por Taylor. Um aspecto importante a ser destacado e que caracteriza o fordismo é a preocupação com o consumo. A racionalização de Ford se concretiza na esteira da linha de montagem onde o parcelamento das tarefas traz como consequência a desqualificação do trabalhador. Se este se desqualificava pela repetição do trabalho fragmentado, tinha-se um trabalhador qualificado para o consumo, por meio do reajuste salarial oferecido, enfim, havia a necessidade de uma produção em massa para gerar um consumo na mesma dimensão.

Apesar do forte engessamento do processo produtivo, surgiu por parte dos trabalhadores uma reação em busca de melhores condições para o ambiente de trabalho. Desde as formas individualizadas do absenteísmo, da fuga do trabalho, do turnover e até as coletivas com ações que visavam a conquista do poder sobre o trabalho que realizavam, por meio de greves parciais, atos que quebravam o rígido horário de execução das tarefas, entre outros, sendo, uma fase de intensa luta para os trabalhadores (ANTUNES, 2001).

Entre as décadas de 50 a 60 do século XX uma nova crise no capitalismo mundial leva a busca de estratégias novas para a produção. No Japão, mais especificamente na fábrica de automóveis da Toyota, em que as linhas mestras do chamado toyotismo ou acumulação flexível são delineadas. No pós-guerra, os japoneses estavam cientes que as sanções econômicas internacionais impostas pelos vencedores do conflito, bem como a estrutura de seu mercado interno, impossibilitariam reproduzir com o sucesso o modelo fordista no país. A solução foi criar uma forma de produção e de organização do trabalho que se ajustasse às condições macroeconômicas japonesas, além de atender às necessidades do mercado doméstico. Foi criado um modelo de gerenciamento singular, que durante os anos 70 surpreendeu os ocidentais pela sua capacidade de produzir com "flexibilidade", "baixo custo" e "qualidade". Nos anos 80, com a aceleração do processo globalizante, os ocidentais passaram a imitar o modelo japonês de administração, ocidentalizando-o através de adaptações e modificações. O objetivo do toyotismo é de produzir conforme a demanda, sendo necessária a reorganização do aparato produtivo, acarretando por consequência uma flexibilização também na organização do trabalho.

A exigência no que se refere ao trabalho é maior do que no fordismo, a intensificação do trabalho atinge o seu auge e a política é usar o mínimo de empregados com o máximo de horas trabalhadas, inclusive extras quando necessário. O ideário do trabalhador muda e exige outras posturas e novas competências: polivalente - responsabilidade por uma constante qualificação -, multifacetada - um homem operando cinco máquinas -, proativo - capacidade de identificar e corrigir erros -, criativo - usar o potencial de criação, porém, restringido ao processo de desenvolvimento da empresa, entre outras tantas qualidades, condições essenciais para a adaptação dos trabalhadores ao novo processo.

A organização do trabalho desenvolveu-se em conjunto com a economia globalizada, distanciando ao máximo os trabalhadores responsáveis pela concepção dos produtos daqueles que executam as tarefas, o que proporciona a desarticulação dos trabalhadores no local de trabalho e conseqüentemente nas lutas, abrindo caminho para a acumulação flexível/toyotismo.

Ao contrário que previa o conceito taylorista-fordista de cada homem no seu posto de trabalho operando uma máquina, no toyotismo difundido pela indústria japonesa, cada operário deve operar várias máquinas; cria-se então o trabalhador multifuncional, mas não especializado.

O trabalho geralmente é feito por equipes de trabalhadores operando um sistema de máquinas automatizadas. Rompe-se com a verticalização do fordismo e instaura-se a horizontalização, onde a empresa diminui suas atividades, sendo algumas delas terceirizadas. A necessidade agora é atender um mercado interno que solicita pequenos pedidos e produtos diferenciados, contrário ao que propunha o fordismo.

A acumulação flexível representa uma etapa avançada no processo de exploração do trabalhador, a partir de uma proposta de cooptação dos mesmos e desarticulando-os de qualquer processo de organização. Com a implantação desse sistema agravam-se as condições de vida e de trabalho dos trabalhadores, porque na medida que se aumenta o uso de mão-de-obra em tempo parcial, temporário ou subcontratado, diminuem-se os salários e as questões referentes à saúde do trabalhador tornam-se irrelevantes no contexto das relações de trabalho.

Entende-se que as formas de acumulação flexível, apesar de constituírem práticas diferenciadas das adotadas pelo taylorismo/fordismo, representam na verdade uma redefinição do capitalismo, enquanto uma resposta para as suas constantes crises.

Com a economia globalizada do capitalismo ocorre uma mudança das exigências do trabalho, com a automatização acelerada e a informatização, a organização do trabalho se modifica. O que se verifica nesse novo ciclo de desenvolvimento capitalista é a crise do modelo de produção: não há mais a necessidade da força bruta, porém requer movimentos leves, repetitivos, rápidos, acompanhando o ritmo da máquina, trabalho estático e uma atenção constante para que desenvolva as tarefas prescritas da melhor maneira possível.

Deste modo, verifica-se formas antigas e novas que assume a organização do trabalho, associada à operação de novas tecnologias, manifestando-se em exigências que se impõe aos trabalhadores no processo de trabalho.

Estas novas exigências, produzidas em meio as transformações técnicas e organizacionais que ocorreram no modo capitalista de produção, se expressam nos trabalhadores ocasionando lesões ocupacionais.

De acordo com o art. 19 da Lei nº 8.213/91, lesão ocupacional é aquela que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente, e até mesmo a morte do trabalhador. Com o avanço dessas lesões surge uma nova especialidade, a saúde ocupacional, para atender a demanda dessa população.

A SAÚDE OCUPACIONAL

Evolução histórica da saúde ocupacional

O trabalho como fator gerador e modificador das condições de viver, adoecer e morrer dos homens é investigado desde a Antiguidade greco-romana, em que Hipócrates, Plínio, Galeno já chamavam a atenção para a importância do ambiente, da sazonalidade, do tipo de trabalho e da posição social como fatores determinantes na produção de doenças (FRIAS JÚNIOR, 1999).

No século IV a.C., Hipócrates pesquisou a ação maléfica do chumbo sobre a saúde humana. Plínio, na era cristã, relacionou a reação do enxofre e zinco sobre a saúde e a utilização de máscaras respiratórias rudimentares. Galeno de Pérgamo relatou experiência realizada a respeito dos riscos dos mineiros, quando visitou as minas de sulfato de cobre na ilha de Chipre (OLIVEIRA, 2001; VIDAL, 2003).

Há registros de estudos voltados a saúde ocupacional datado de 1556, quando da publicação do livro *De Re Metallica*, por Geof Bauer, que fazia referência a doenças pulmonares em trabalhadores de minas, com descrição de sintomas que hoje atribuímos à silicose. Nesta obra é relatado que devido ao índice de acidentes fatais e de doenças ocupacionais que levavam a morte os trabalhadores em algumas regiões da Alemanha, as mulheres chegavam a casar-se sete vezes, dada a precocidade da morte dos maridos (ARRA, 2009).

Segundo Mazzon (2005, p. 07), “desde muito tempo, técnicos e autoridades de diversos países preocupam-se com questões dos acidentes e das doenças profissionais, no sentido de garantir aos empregados os direitos a segurança e a medicina do trabalho”.

Em 1700, Bernardino Ramazzini, médico italiano considerado o pai da Medicina do Trabalho, publicou o livro *De Morbis Artificum Diatriba* (As doenças dos trabalhadores), em que relaciona 54 profissões e descreve os principais problemas de saúde apresentados pelos trabalhadores. Sua ideia era avançada, visto que, para época o conhecimento da ciência era insuficiente no que refere a enfermidades dos trabalhadores.

O estudo de Ramazzini apresentava uma relação de mais de 100 diferentes profissões e os riscos específicos de cada uma delas, chamando a atenção para a necessidade dos médicos conhecerem a ocupação, atual e pregressa, de seus pacientes para fazer o diagnóstico correto e adotar os procedimentos adequados. Essa relação é a precursora da lista atual de doenças ocupacionais reconhecidas pela OIT (Organização Internacional do Trabalho) e adotada por muitos países, inclusive o Brasil.

É com o advento da Revolução Industrial, principalmente na Alemanha, mas também na França e na Inglaterra, locais em que os trabalhadores estavam sujeitos a jornadas de trabalho extenuantes em ambientes extremamente desfavoráveis à saúde, propiciando essa aglomeração humana em espaços inadequados a proliferação de doenças infectocontagiosas, além da ocorrência de inúmeros acidentes com os maquinários que ocasionava mutilações e mortes, é que resultou em uma intensificação do estudo dos acidentes do trabalho (MINAYO-GOMEZ; COSTA, 1997).

Em 1802 foi aprovada na Inglaterra a primeira lei de proteção aos trabalhadores chamada de “Lei de Saúde e Moral dos Aprendizes”, que estabelecia o limite de 12 horas de trabalho por dia, proibia o trabalho noturno e tornava obrigatório a ventilação do ambiente de trabalho e a lavagem das paredes das fábricas duas vezes por ano. No entanto, esta lei não foi obedecida por falta de um organismo fiscalizador (SIMONI, 2005).

Em 1830 surge o primeiro serviço médico de empresa, fundado pelo médico Robert Baker no interior de uma fábrica têxtil, na Inglaterra, para cuidar da saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, exercer o controle direto sobre a força de trabalho, mantendo, restaurando ou descartando o trabalhador doente (MENDES; DIAS, 1991; LACAZ, 1997). O objetivo não era preservar o trabalhador, enquanto sujeito do processo produtivo, mas enquanto peça da engrenagem deste processo.

Assim, em função da inexistência de serviços de assistência à saúde providos pelo Estado, neste momento os serviços médicos das empresas passam “a exercer um papel vicariante, consolidando ao mesmo tempo a sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e frequentemente também de seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho” (MENDES; DIAS, 1991, p. 342).

Esse modelo de serviço expandiu-se rapidamente por outros países paralelamente ao processo de industrialização, e passou a ter um papel importante no controle da força de trabalho através do aumento da produtividade e regulação do absenteísmo (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1831, o médico inglês C. Turner Thacker em sua obra “Os efeitos das artes, ofícios e profissões e dos estados civis e hábitos de vida sobre a saúde e a longevidade”, revelou as lamentáveis condições de vida e de trabalho na cidade de Leeds, Inglaterra. A preocupação com a força de trabalho e com as perdas econômicas suscitou a intervenção dos governos dentro das fábricas, ocasionando em 1833, a publicação da primeira legislação inglesa voltada para a proteção do trabalhador, tratava-se da Factory Act (Lei da Fábrica), que tinha como principais itens as seguintes regras: proibição do trabalho noturno aos menores de 18 anos, restrição das horas trabalhadas por menores a 12 horas por dia e 69 horas por semana, obrigatoriedade das fábricas manterem escolas para trabalhadores menores que 13 anos, permissão da idade mínima para o trabalhador a partir dos 09 anos, determinação do cuidado com o desenvolvimento físico correspondente à idade cronológica. O Factory Act instituiu ainda o “Inspetoriado de Fábricas”, órgão governamental autorizado a entrar no interior das fábricas para verificar se a saúde do trabalhador estava sendo protegida contra os agravos do trabalho. Iniciando a conscientização da importância da saúde ocupacional.

Em 1877 na Suíça e em 1898 na Alemanha, surgem leis responsabilizando o empregador por acidentes e doenças ocupacionais. Em 1906 surge o 1º Congresso Internacional de Doenças do Trabalho em Milão, quando então se intensificam as trocas de experiências na prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, estabelecendo-se estudos para a melhoria da normatização das atividades laborais na Europa (AGRA, 2009).

No início do século XX, com a expansão e consolidação do processo industrial e seus métodos de produção (taylorismo e o fordismo) e a transnacionalização da economia, surgiu a necessidade de adoção de medidas comuns como regulamentação e organização do processo de trabalho que uniformizassem os países produtores de bens industrializados. Nesse cenário, em 1919 é criada a Organização Internacional do Trabalho (OIT), que em suas primeiras reuniões reconhecia a existência de doenças profissionais.

Diversas convenções e recomendações foram criadas pela OIT, sendo a mais importante a de nº 81 de 1947, onde inspetores de trabalho deveriam zelar pelo cumprimento das normas de proteção ao trabalho; informar os parceiros sociais acerca do seu cumprimento; levar ao conhecimento das autoridades os abusos cometidos em consequência da falta de normas de proteção ao trabalhador.

No período pós Segunda Guerra Mundial, a reconstrução do cenário econômico demandou um aumento da carga de trabalho em condições extremamente adversas e extenuantes, acarretando no aumento de acidentes e doenças do trabalho, ficando patente a “relativa impotência da medicina do trabalho para intervir sobre os problemas de saúde causados pelos processos de produção”. O custo gerado pela perda da vida foi sentido tanto pelos empregadores, quanto pelas companhias de seguro, às voltas com o pagamento de pesadas indenizações por incapacidade provocada pelo trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

Com a criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, e da Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1946, importantes contribuições para a saúde dos trabalhadores foram trazidas. A OMS estabeleceu que “a saúde é o completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou enfermidades”, e “o gozo do grau máximo de saúde que se pode alcançar é um dos direitos fundamentais de todo ser humano, sem distinção de raça, religião, ideologia política ou condição econômica ou social” (OLIVEIRA, 2001, p. 61).

Uma série de ações foram tomadas com o objetivo de dar assistência à saúde do trabalhador no seu sentido mais amplo possível. Em 1953, a Conferência Internacional do Trabalho através da Recomendação 97 sobre a “Proteção da Saúde dos Trabalhadores”, incitava aos Estados Membros da OIT que promovessem a formação de médicos do trabalho qualificados e o estudo da organização de “Serviços Médicos do Trabalho”, nomenclatura que em 1958 recebeu a denominação de “Serviço de Medicina do Trabalho”. Este serviço tinha como princípio a adaptação do trabalhador ao trabalho e manutenção da sua saúde, refletindo a influência dos princípios de Taylor aprimorados por Ford (MENDES; DIAS, 1991).

Em 1959 foi aprovada pela Conferência Internacional do Trabalho a Recomendação 112 com o título de “Recomendação para Serviços de Saúde Ocupacional”, considerada o primeiro instrumento normativo de âmbito internacional. A Recomendação aborda aspectos que incluem sua definição, métodos de aplicação, organização dos Serviços, suas funções, pessoal, instalações e meios de ação.

A Recomendação 112 dedica-se aos serviços de saúde ocupacional, definidos como serviços médicos instalados em um local de trabalho ou suas proximidades, com as seguintes finalidades: proteger o trabalhador contra qualquer risco à sua saúde e que decorra do trabalho ou das condições em que ele é cumprido; concorrer para o ajustamento físico e mental do trabalhador a suas atividades na empresa, através da adaptação do trabalho ao homem e pela colocação deste em setor que atenda às suas aptidões; contribuir para o estabelecimento e manutenção do mais alto grau possível de bem-estar físico e mental dos trabalhadores.

Na conceituação de serviços de saúde ocupacional, a Recomendação faz menção expressa a ergonomia através da expressão “adaptação do trabalho ao homem”.

Segundo Moraes e Mont'Alvão (2000), a palavra Ergonomia tem origem no grego, ergon = trabalho e nomos = leis. O termo foi proposto em 1857 por Woitej Yastem-Bowski, professor e engenheiro naturalista polonês, em seu artigo “Estudos de Ergonomia, ou Ciência do Trabalho” baseado nas Leis Objetivas da Ciência sobre a Natureza, onde era proposta a construção de um modelo de atividade laboral humana, que relaciona a Ergonomia com a proteção do homem no trabalho.

Em 1960 a OIT, definiu ergonomia como sendo a aplicação das ciências biológicas conjuntamente com as ciências da engenharia para lograr o ótimo ajustamento do homem ao seu trabalho, e assegurar simultaneamente, eficiência e bem-estar.

Assim, a Medicina do Trabalho progrediu para a Saúde Ocupacional, pautada na teoria da multicausalidade, em que um conjunto de fatores de risco estão relacionados ao aparecimento das doenças (GELBCKE, 2002).

Gelbcke (2002), observa que com o surgimento da saúde ocupacional a responsabilidade que era apenas do médico na Medicina do Trabalho, passa a ser responsabilidade exclusiva do trabalhador que precisava se ater perante os riscos do trabalho e reivindicar condições de minimização ou anulação dos mesmos.

Apesar do enfoque multiprofissional e inclusão de vários saberes técnicos, o modelo da saúde ocupacional não alcançou os resultados esperados, mostrando-se insuficiente em relação às necessidades dos trabalhadores (OLIVEIRA, 2001).

Esses movimentos foram decorrentes das modificações dos processos produtivos introduzidos pela automação e informatização, que acabaram introduzindo novos riscos à saúde do trabalhador, provocando um deslocamento do perfil de morbidade causada pelo trabalho, com o surgimento de doenças relacionadas ao trabalho como o estresse, a fadiga, entre outras, que requeriam novas estratégias para a modificação de condições de trabalho.

Segundo Mendes e Dias (1991, p. 346), "desloca-se, assim, a vocação da saúde ocupacional, passando esta a se ocupar da 'promoção de saúde', cuja estratégia principal é modificar o comportamento das pessoas e seu 'estilo de vida'" através de processos educacionais.

Nessa trajetória, conforme apontam Mendes e Dias (1991), a saúde do trabalhador rompe com a concepção hegemônica que estabelece um vínculo causal entre doença e um agente específico, ou a um grupo de fatores de risco presentes no ambiente de trabalho e passa a ser definida como o processo saúde-doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho, representando um esforço de compreensão mais ampla do mundo do trabalho, sendo assim observada "a avaliação do ambiente de trabalho como um todo, e não como a soma de fatores independentes" (OLIVEIRA, 2001, p. 78).

A gênese da Saúde do Trabalhador sofreu influência, também, dos organismos internacionais: a Oficina Pan-americana Sanitária (OPAS) lançando o documento "Programas de Ação da Saúde dos Trabalhadores" em 1983, e o Comitê misto OIT-OMS lançando a Convenção 161 e a Recomendação 171 (Serviços de Saúde no Trabalho).

A saúde do trabalhador pode ser considerada um avanço, não só por ampliar o entendimento dos aspectos que determinam o processo de adoecer e morrer dos trabalhadores a partir da avaliação do processo de trabalho, mas principalmente por resgatar a multidimensionalidade do sujeito trabalhador e da determinação social do processo saúde-doença.

A saúde ocupacional no Brasil

A preocupação com a saúde ocupacional no Brasil começa tardiamente, sendo o seu desenvolvimento atrelado a elaboração de normas legais relacionadas as questões de higiene e segurança no trabalho. Em 1919 foi aprovado o Decreto Legislativo nº 3.724 de 15.01.1919, considerada a primeira lei sobre acidentes do trabalho, desde então, as doenças provocadas pelo trabalho do empregado são equiparadas a acidente do trabalho.

Durante o governo de Getúlio Vargas, ocorreu a substituição do modelo de desenvolvimento baseado na agro exportação para aquele baseado na indústria, sob forte presença do Estado tutelando todas as relações trabalhistas e, como consequência houve a criação em 1931, do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio e a ele se vinculou o Departamento Nacional do Trabalho, criado em 1932.

Em 1932 foram criadas as Inspetorias Regionais de Higiene e Segurança do Trabalho para desempenhar, nos Estados, as atribuições do Departamento Nacional do Trabalho, com competência para coordenar, orientar, controlar e supervisionar as atividades relacionadas com a segurança e medicina do trabalho, inclusive a fiscalização do cumprimento dos preceitos legais e regulamentares em todo território nacional. "Neste momento, foram nomeados os três primeiros médicos do trabalho com a função de inspecionar as fábricas, fazer inquéritos sobre condições de trabalho e pesquisas sobre moléstias profissionais" (ALMEIDA, 2008, p. 871).

Em 1940, as inspetorias foram transformadas em Delegacias Regionais do Trabalho, denominação que perdura até hoje, sendo responsáveis pela normalização e fiscalização dos ambientes e condições de trabalho, visando à prevenção da saúde dos trabalhadores. Em 1942, a reforma do Departamento Nacional do Trabalho reforçou o espaço e a importância do campo da higiene do trabalho, criando-se a Divisão de Higiene e Segurança do Trabalho (DHST).

Em 1934 foi editado o Decreto nº 24.637, prevendo proteção e indenização para alguns tipos de acidentes profissionais e em 1937, era ratificada a Convenção de Genebra sobre moléstias passíveis de indenização. As leis disciplinadoras das relações trabalhistas, tornaram-se muitas e originaram um sistema fragmentado e falho. Cada profissão tinha uma lei própria, o que prejudicava muitas outras profissões que ficavam fora da proteção legal. Surge no Governo de Getúlio Vargas, a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Decreto-Lei nº 5.452/1943, que agrupou e sistematizou as leis trabalhistas em um só diploma, acrescentando-se, ainda, inúmeras e importantes inovações. O art. 154 e seguintes da CLT, tratava dos problemas da saúde do trabalhador, já sob o título de Higiene e Segurança do Trabalho.

Em 1945 foi criada a Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT), com sede no Rio de Janeiro, composta inicialmente por 35 médicos e cinco engenheiros, todos oriundos da DHST, a Associação destacava como seu objetivo primordial o estudo, a discussão e a divulgação dos assuntos referentes à medicina do trabalho (ALMEIDA, 2008).

Na década de 1950, há um segundo surto de industrialização no país, provocado pelo governo de Juscelino Kubitschek de Oliveira (1956-1960), cujo slogan dizia "50 anos em 5", havendo uma super exploração da força de trabalho, com pouco investimentos em melhoria das condições de salubridade e segurança, o que outorgou "ao país o título macabro de campeão mundial de acidentes do trabalho no pós-guerra" (PEREIRA NETO, 2009, p. 231).

Ocorre nesse período um desenvolvimento técnico-científico da Medicina do Trabalho, principalmente no Rio de Janeiro e São Paulo. As Escolas de Medicina Preventiva incorporaram a multiprofissionalidade e a interdisciplinaridade ao modelo original de Medicina do Trabalho, passando, também no Brasil, a contextualizar uma área mais abrangente, a Saúde Ocupacional. Também na formação médica, disciplinas como Medicina do Trabalho foram incluídas na maioria dos currículos das escolas médicas do país (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Na década de 1960, com o regime militar, acontecia o terceiro grande surto industrial do país; era o "milagre brasileiro", com o início de construção de obras vultuosas, como a Transamazônica, ponte Rio-Niterói, estádios de futebol, hidroelétricas, etc., aumentando ainda mais os números de acidentes de trabalho.

Frente aos altos índices de ocorrência de acidentes, a alternativa encontrada pelo regime militar no início dos anos 70, foi a imposição legal às empresas de contratarem profissionais especializados (médicos do trabalho, auxiliares de enfermagem ou enfermeiros do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança), criando assim os Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMTs) dimensionados de acordo com o grau de risco e o número de trabalhadores das empresas. A criação de tais serviços já era recomendada pela OIT desde 1959, mas no Brasil só foi iniciada nos anos 70.

As primeiras normas recomendando serviço médico dentro das empresas ocorreram em 1972, quando o Governo Federal baixou a Portaria nº 3237, tornando obrigatório os serviços médicos e os serviços de higiene e segurança em todas as empresas onde trabalhavam 100 (cem) ou mais pessoas, surgindo a figura do Engenheiro de Segurança do Trabalho nas empresas, que atuava mais como um fiscal, sendo a sua visão com relação aos acidentes de trabalho, apenas com o intuito corretivo.

Surge a Fundação Jorge Duprat Figueiredo de Segurança e Medicina do Trabalho (FUNDACENTRO) - versão nacional dos modelos de "Institutos" de Saúde Ocupacional desenvolvidos no exterior a partir dos anos de 1950 -, afeto à pesquisa na área de saúde ocupacional, cursos de pós-graduação em Medicina do Trabalho e Engenharia de Segurança disseminam-se de norte a sul do país, e, no plano normativo, o Ministério do Trabalho através da Portaria nº 3.214, de junho de 1978, cria as Normas Regulamentadoras (NRs), relativas à segurança e medicina do trabalho, adotando avaliação quantitativa de riscos ambientais e limites de tolerância dentro do escopo da saúde ocupacional, permanecendo a legislação previdenciária-acidentária, com características de uma prática medicalizada, de cunho individual e, contemplando exclusivamente os trabalhadores segurados, ou formalmente empregados no mercado de trabalho (MENDES; DIAS, 1991).

No final da década de 70 surgiram dois movimentos no campo da saúde com vertentes distintas. O primeiro chamado Movimento da Reforma Sanitária, foi desencadeado pela precariedade dos serviços públicos de saúde. O Movimento integrado por professores universitários, estudantes de medicina, profissionais da saúde, sindicalistas, militantes partidários de esquerda e movimentos populares por saúde, tinha como objetivo enfrentar a questão da saúde nas dimensões técnicas, políticas, econômicas e sociais e a implantação de um serviço único de saúde com universalização da assistência médico-sanitária.

O segundo movimento foi o Movimento Sindical, que teve início na região do ABC paulista, em 1978, com as greves nas indústrias automobilísticas, que se espalharam por boa parte do país. Esse Movimento introduziu o tema saúde nas pautas de discussão e reivindicação, tendo sido criada ainda em 1978, a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho que posteriormente se transformaria no Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT), que teria importante papel ao subsidiar os sindicatos na discussão de assuntos ligados à saúde e trabalho, tentando superar o assistencialismo herdado do Estado Novo (LACAZ, 1997).

Em muitos sindicatos foram criadas diretorias voltadas para a questão da saúde dos trabalhadores, agregando técnicos que militavam no movimento sanitário e outros provenientes dos departamentos de medicina preventiva das universidades.

Surgia assim, um dos pilares da Saúde do Trabalhador, substituindo os modelos anteriores da Medicina do Trabalho clássica e da Saúde Ocupacional, que se mostraram insuficientes pelo fato de: a) estarem firmados no mecanicismo; b) não terem realizado uma verdadeira interdisciplinaridade, no sentido da integração dos saberes em prol do trabalhador; c) da capacitação de recursos humanos, da produção de conhecimento e de tecnologia de intervenção não terem acompanhado o ritmo de transformação dos processos de trabalho; d) da manutenção da saúde ocupacional no âmbito do trabalho, em detrimento do setor saúde (MENDES; DIAS, 1991).

Surge, assim, a partir do início da década de 1980, o Programa de Saúde do Trabalhador, com valores oriundos da reforma sanitária e dos núcleos de medicina preventiva. Contribuíram para as bases ideológicas desse Programa a VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, evento que marcou os princípios filosóficos do Sistema Único de Saúde (SUS), e I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, realizada no mesmo ano reunindo sindicalistas, técnicos da área de saúde e de outras afins, universidades e comunidade em geral, para lançar as bases para esse novo modelo.

Com o advento da Constituição Federal de 1988, a saúde e o trabalho foram definidos como direitos sociais, conferindo ao Estado o papel de responsável por condições dignas de saúde para os trabalhadores e o povo em geral.

A Constituição Federal de 1988 criou ainda o Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nos 8.080/90 e 8.142/90, pautado nos princípios da descentralização, universalidade (acesso a toda a população), equidade (igualdade de direitos a todos) e participação dos cidadãos, prevendo a integralidade como um modelo de atenção que prioriza as ações preventivas e coletivas (CAMPOS, 2006).

A Lei nº 8.080/90 contempla decisivamente a questão saúde do trabalhador enumerando ações nesse sentido como: a) assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho; b) participação, no âmbito de competência do SUS em estudos, pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais à saúde existentes no processo de trabalho; c) participação, no âmbito de competência do SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias, de produtos, de máquinas e equipamentos que apresentem riscos à saúde do trabalhador; d) avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde; e) informação ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão e de demissão, respeitados os preceitos da ética profissional; f) participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas; g) revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração de entidades sindicais; h) garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores (FRIAS JÚNIOR, 1999).

Em 1991, o Ministério da Saúde através da Divisão de Proteção à Saúde do Trabalhador (DIPSAT), criada pela Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde, promoveu o I Seminário Nacional de Saúde do Trabalhador, reunindo todos os Estados da Federação, sendo discutida a operacionalização da Lei nº 8.080/90 e a realidade dos programas regionais. Em 1994, o Ministério de Saúde objetivando o fomento das ações de saúde do trabalhador em Estados e Municípios, apresentou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador no SUS (NOST).

No mesmo período, o Ministério do Trabalho modificou várias normas regulamentadoras que vigoravam praticamente intactas desde a Portaria 3.214 de 1978, como por exemplo, a nova NR 7, que instituiu a obrigatoriedade das empresas elaborarem um Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), e a NR 9, que criou o Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA). A NR 17 aborda a questão da ergonomia nos postos de trabalhos e a NR 18 instituiu o Programa de Controle e Meio Ambiente de Trabalho (PCMAT), direcionado para construção civil, representaram um grande avanço no campo prevencionista (FRIAS JÚNIOR, 1999).

As normas regulamentadoras são reformuladas a partir de comissões tripartites, envolvendo trabalhadores, técnicos e empresários e já descrevem procedimentos a serem tomados quanto às doenças ocupacionais que foram observadas nos últimos anos.

Apesar dos avanços significativos na produção de conhecimento com enfoque em lidar com a relação trabalho-saúde, o quadro atual da Saúde Ocupacional é composto de situações em que estão evidentes a violência do trabalho. São questões antigas e não resolvidas ou parcialmente enfrentadas como doenças provenientes de riscos físicos, intoxicações crônicas e agudas, associadas à utilização de tecnologias obsoletas e de substâncias já proibidas no mundo moderno (SANTOS et al., 2006).

CONCLUSÃO

O conceito de saúde ocupacional evoluiu ao longo dos tempos. Os registros tinham como enfoque a medicina do trabalho, ignorando a vertente preventiva e de promoção da saúde do trabalhador. Contudo, esta realidade foi sofrendo alterações ao longo do tempo e a evolução da saúde ocupacional ocorrida nas últimas décadas do século XX caracterizou-se pela mudança profunda, não havendo espaço para a monodisciplinalidade, com um foco muito mais abrangente evidenciando a proteção e promoção da saúde do trabalhador.

No entanto, ao relatar historicamente a saúde ocupacional no Mundo e no Brasil, pode-se constatar que o nosso país esperou muito tempo para começar a investir em segurança ocupacional em relação aos países mais desenvolvidos, os avanços ocorreram vinculados a elaboração de leis, decretos e normas regulamentadores, que tinham por intenção, não apenas a preocupação com a saúde do trabalhador, mas retirar do Brasil a imagem de um dos "campeões em acidentes de trabalho".

Atualmente, a legislação brasileira é uma das mais avançadas no mundo no que tange à proteção do trabalhador contra doenças e acidentes do trabalho, no entanto, nem sempre é cumprida e fiscalizada, mesmo com a criação de programas e ações voltados à saúde do trabalhador brasileiro, é necessário haver uma sistemática de monitoramento desses programas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALI, S.A. Atlas de Dermatoses Ocupacionais. São Paulo: Fundacentro, 1994.

ALMEIDA, A.B.S. A Associação Brasileira de Medicina do Trabalho: locus do processo de constituição da especialidade medicina do trabalho no Brasil na década de 1940. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 3, p. 869-877, 2008.

ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2001.

ARRA, G. Evolução da segurança do trabalho e da saúde ocupacional. Disponível em: http://www.processos.eng.br/Portugues/PDFs/evolucao_da%20seguranca_do_trabalho.pdf. Acesso em: 13 nov. 2009.

CAMPOS, G.W.S. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo: HUCITEC, 2006.

CHIAVENATO, I. Introdução à teoria geral da administração. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 2003.

FLEURY, M.T.L.; FISCHER, R. M. Processo e relações do trabalho no Brasil. São Paulo: Atlas, 1997.

FRIAS JÚNIOR, C.A.S. A saúde do trabalhador no Maranhão: uma visão atual e proposta de atuação. Dissertação. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1999.

GELBCKE, F. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. *Texto & Contexto Enferm.*, v. 11, n. 1, p. 66-85, 2002.

GOUNET, T. Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.

LACAZ, F.A.C. Saúde dos trabalhadores: cenário e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, Supl. 2, p. 7-19, 1997.

MAZZON, J. D. Prevenção de Acidentes de Trabalho - CIPA. Rio de Janeiro: SENAC, 2005.

MENDES, R. (org.). Patologia do Trabalho. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2003.

MENDES, R.; DIAS, E.C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista Saúde Pública*, v. 25, n.5, p. 341-349, 1991.

MINAYO-GOMEZ, C.; COSTA, S.M.F.T. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

MORAES, A.; MONT'AVÃO, C. Ergonomia: conceitos e aplicações. 2. ed. Rio de Janeiro: 2AB, 2000.

NOGUEIRA, D.P. Incorporação da saúde ocupacional à rede primária de saúde. *Revista Saúde Pública*, v. 18, n. 6, p. 495-509, 1984.

OLIVEIRA, S.G. Proteção jurídica à saúde do trabalhador. 3. ed. São Paulo: LTr, 2001.

PEREIRA NETO, Murilo Leal. A fábrica, o sindicato, o bairro e a política: a "reinvenção" da classe trabalhadora de São Paulo (1951-1964). *Revista Mundos do Trabalho*, v.1, n. 1, p. 225-257, 2009.

RAMAZZINI, B. As doenças dos Trabalhadores. São Paulo: Fundacentro, 2000.

SANTOS, A.B.M.; BARTOLOMEU, L.S; BONFIM, S.S. Fatores relacionados à saúde ocupacional na atualidade. Monografia. Salvador: UFBH, 2006.

SIMONI, M. Sociedade e Condições de Trabalho no Brasil. Cadernos de Saúde do Trabalhador, v. 5, n. 4, p. 25-32, 2005.

VIDAL. M.C. Conceitos básicos para uma engenharia do trabalho, ou seja, uma ergonomia contemporânea. Monografia. Rio de Janeiro: UFRJ, 2003.



FACULDADES
SÃO JOSÉ

www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro